Brulures caustiques du tractus digestif supérieur

I. Introduction :

- L'ingestion d'un produit caustique provoque une brûlure muqueuse qui atteint la partie haute du tube digestif, l'arbre trachéo-bronchique et la sphère ORL.

- L'importance des lésions dépend de la nature et du volume de substance ingérée.

- Les brulures caustiques peuvent être bénignes mais peuvent mettre en jeux le pronostic vital a court terme et le pronostic fonctionnel a long terme.

- Biopsie en charge est disciplinaire.

II. Epidémiologie :

III. Physiopathologie :

A. Bases fortes :

- PH voisin 14.

- **Responsables des brûlures graves et décès.**

- Les bases fortes sont associées à un agent mouillant.

- Produits : déboucheurs d'éviers sous forme liquide ou de paillettes.

- **Action agent mouillant :**

  → Provoque une nécrose liquéfiante avec saponification des liquides et des protéines de la paroi digestive.

→ Thrombose vasculaire aggravant la nécrose pariétale et pouvant être à l'origine d'une perforation.

- L'œsophage et l'estomac sont les premiers organes atteints.

- Trachée et bronches souches, queue du pancréas, rate, colon transverse et lobe gauche du foie sont touchés tardivement.

- Le délai d'installation des brûlures : 3 à 6 heures.

L'évolution se fait soit vers :

☞ Complications : hémorragie, perforation bouchée, fistule gastro-colique ou aorto-œsophagienne peuvent survenir jusqu'à 21 jours.

☞ Ou vers la cicatrisation avec une prolifération fibroblastique qui débute des la 24 heure responsable d'une sclérose rétractile évolutive jusqu'au 3ème mois.

B. Eau de javel et ammoniac :

- Pas de lésions graves en dehors de l'ingestion d'un volume important peu ou pas dilué.

- Les lésions prédominent dans l'estomac.

- Mécanisme : réaction d'oxydation avec dénaturation protéique.

- Evolution :
  → nécrose gastrique avec perforation.
  → Sténose gastrique.

C. Acides forts :
- PH < 1.

- Type : liquide de batterie.

- Gravité : Troubles métaboliques.
  Diffusion du caustique à travers un pylore incontinent.

- Lésions : Estomac entre 3 – 12h.
  Lésions trachéo-bronchique.
  Formes sévères : nécroses duodénale.

D. Outres produits : rubiguée (antirouille.).

IV. Clinique :

A. Appréciation des signes vitaux :

1. Fonction respiratoire : doit être appréciée en priorité.

2. Signes gravité : signes péritonéaux.

- Etat de choc persistant malgré la correction de l'hypovolémie habituelle et de la douleur.
- Notion d'ingestion massive (> 150 ml) d'une base ou d'un acide fort.
- Tableau psychiatrique avec agitation ou confusion :
- Acidose.
- Hypoxie.
- Insuffisance rénale aigüe.
- Coagulation intra vasculaire disséminée.

B. Prise en charge initiale :

- Anamnèse : antécédents psychiatriques.
- Fonction respiratoire :
  - Corticoïdes par voie respiratoire
  - Intubation limitant la diffusion du caustique.
  - Trachéotomie en urgence (inhalation, lésions trachéo-bronchiques.).
- Stabilisation hémodynamique.
- Voie d'abord veineuse.
- Position semi-assise

➲ **Geste à proscrire :** Interdiction de pose d'une sonde gastrique.
Eviction des morphiniques.
Absence d'antidote.

C. **Endoscopie digestive haute** : permet d'évoluer :

- Pronostic et la prise en charge ultérieure.
- Nécessité un nettoyage buccal au sérum physiologique.
- En cas d'œdème pharyngée et agitation du malade : sédation et intubation trachéale.
- Risque d'inhalation caustique.

Classification endoscopique des lésions caustiques du tractus digestif supérieur :

Stade I : pétéchies ou érythème.

Stade II : IIa : Ulcération linéaires ou rondes (ulcération localisées.).

IIb : Ulcération circulaires ou confluentes (ulcération diffuses.).

Stade III : IIIa : Nécrose localisée.

IIIb : Nécrose étendue.

Stade IV : Perforation.

Autres examens : endoscopie trachéo bronchique.

V. Complications : Hémorragie.
Sur infection.
Perforation.

VI. Traitement :

→ Stade I (œsophage) et stade I ou IIa (estomac) ⇒ :

- Surveillance 24h.
- Reprise de l'alimentation orale.
- Consultation psychiatrique (si ingestion volontaire).

→ Stade III stade IV : chirurgie (oesogastrectomie totale, osophagectomie.).

→ Ulcération superficielles : Ne pas traiter pendant 08 jours
Endoscopie J8.

VII. Prise en charge des séquelles :

- En cas d'oesogastrotrectomie totale en urgence à 03 mois : Examen ORL
  Coloscopie
  (oesophagoplastie iléo colique droite).

- Sténoses rétractiles : dilatation endoscopique,
  A ne pas réaliser avant le 3 mois (risque de perforation).

- Fistules gastrocolique : gastroectomie partielle et une résection colique segmentaire avec rétablissement immédiat de la continuité digestive.

- Sténose pharyngo-épiglottique ⇒ pharyngoplastie + oesophagoplastie.

- Sténoses gastrique ⇒ gastrectomie partielle.